| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | **CODIGO:** GJ-CNTO-PR-14-FT-01 |
|---|---|---|
| GSED | **DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA JURIDICA – AREA CONTRATOS PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA** | **FECHA DE EMISIÓN:**01-10-2014 |
| | | **VERSIÓN:** 02 |
| | **SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI** | **PÁGINA:** 1 de 1 |

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**NIT: 830.040.256-0**

**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**

**Fecha:___ DICIEMBRE DE 2018_____**

| **CONTRATO No.** | **OBJETO:** | **DATOS GENERALES DEL CONTRATO** |
|---|---|---|
| | | **Fecha de suscripción: 1/12/2018** |
| | | **Valor inicial $ 15.080.000** |
| | | **Adiciones**<br>**1-**<br>**2- $_____**<br>**3- $_____** |
| | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION** | **Valor Total $ 15.080.000** |
| CONT.810/2018 | | **Registro Presupuestal SIIF 465818 del 1/12/2018** |
| | | **Garantía No.** |
| | | **Aseguradora:** |
| | | **Fecha de aprobación de la Garantía** |
| | | **Fecha de la notificación del Supervisor** |
| | | **Fecha del Acta de Inicio 1/12/2018** |
| | | **Plazo de ejecución del Contrato 30/11/2019** |
| | | **Vigencia del Contrato 31/03/2020** |
| **RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:** | | **NIT: 1022978922-4** |
| RIVERA CASTAÑEDA JOHANNA MARCELA | | **Dirección DIAGONAL 82 B SUR 7 C 02 ESTE** |
| | | **Teléfono 3143395718** |
| | | **Cuenta Bancaria No.485900007967Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. Clase de Cuenta Ahorros__X__Corriente ___** |

| Descripción del bien, obra o servicio a recibir | Factura No. | Fecha | No. ORDEN DE ENTRADA AL ALMACEN | Valor $ |
|---|---|---|---|---|
| VER ANEXO | | DICIEMBRE DE 2018 | | $ 1.220.000 |
| **Saldo del Contrato** | | | | **$13.860.000** |

**NOTA 1:** Se anexa certificación del pago de parafiscales de fecha_NOVIEMBRE DE 2018
**NOTA 2:** En el espacio correspondiente a la descripción del bien, obra o servicio a recibir, el supervisor debe indicar en forma amplia y detallada los bienes, obras o servicios que soportan el trámite a pago correspondiente.
Observaciones:

| **NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR:** Marta Edy Ariza Mateus |
|---|
| **NUMERO DE CÉDULA: 63.433.451** |
| **FIRMA:** |